LE

DÉLIRE CRITIQUE DE LA PNEUMONIE

LE DÉLIRE CRITIQUE DE LA PNEUMONIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Juillet 1907

PAR

Mlle KOLOMIYTSEFF

Née à Ismaïl (Russie), le 11 octobre 1873

Pour obtenir le grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)



MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse, 14

—

1907

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) .... Doyen.
SARDA .... Assesseur.

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✻).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologique	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. RAUZIER, De ROUVILLE.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillard	RAUZIER, prof. adjoint.
Pathologie externe	SOUBEIRAN, agrégé.
Pathologie générale	N...
Clinique gynécologique	De ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, agrégé libre.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, agrégé libre.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.
RAYMOND (✻).
VIRES.
VEDEL.

MM. JEANBRAU.
POUJOL.
SOUBEIRAN.
GUERIN.

MM. GAGNIÈRE.
GRYNFELTT (Ed.)
LAPEYRE.

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la thèse :

MM. CARRIEU, *président.*
HÉDON, *professeur.*

MM. VIRES, *agrégé.*
GAGNIÈRE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR CARRIEU

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

A TOUS MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

KOLOMIYTSEFF.

LE

DÉLIRE CRITIQUE DE LA PNEUMONIE

Depuis longtemps on sait que le délire peut apparaître au cours des maladies infectieuses. Dans ces derniers temps surtout on a étudié au point de vue symptomatique et pathogénique ces délires d'intoxication et d'infection. Regis a bien décrit le délire onirique ou délire ressemblant au rêve et lié à des infections ou intoxications; de même au point de vue pathogénique on tend à rattacher beaucoup de psychoses à une auto-intoxication ou à une infection. La pneumonie, type de la maladie infectieuse, aiguë, doit logiquement, comme complication, présenter du délire; et, en effet, ce délire d'une fréquence extrême est décrit par tous les auteurs depuis Hippocrate. Andral l'a noté 15 fois sur 65 malades. Briquet, 12 fois sur 82; Bouillaud, 2 fois sur 26; Grisolle, 1 fois sur 11. Ce délire de la pneumonie a été bien décrit successivement par Barillier (1856), Moreau (1864), Mairet (1887), Coronado (1895), Raymond (1893); en citer de nouvelles observations ou en publier une revue générale ne serait pas faire œuvre bien utile.

Les classiques ont suffisamment insisté sur le *délire initial*, apparaissant particulièrement chez les vieillards, se manifestant par des accidents cérébraux et apoplectiformes et pouvant constituer tout le tableau symptomati-

que de la période initiale (Geoffroy, Thèse de Montpellier 1880).

A côté de ce délire initial, on observe bien plus couramment encore le délire infectieux, fonction évidente de l'intoxication pneumococcique et évoluant parallèlement à la courbe thermique.

Enfin, il n'est pas non plus rare d'observer des délires lorsque la maladie est véritablement terminée et qui sont vraisemblalement causés par un affaiblissement général de l'organisme et de la cellule nerveuse en particulier. Ce sont les délires de la convalescence. Mais si ce délire fébrile et celui de la convalescence sont connus de tous, il nous semble utile d'insister sur une forme particulière dont les classiques parlent peu. C'est le délire qui apparaît au moment de *la crise*.

Jusqu'à ces derniers temps beaucoup de cliniciens l'avaient observé sans attirer l'attention sur lui, ni mettre en relief ses caractéristiques cliniques et pathogéniques. Boulay et Netter (Traité de Médecine) en disent quelques mots sans le séparer des autres délires et l'attribuent à l'anémie cérébrale.

Jaccoud, dans ses cliniques de la Pitié, en rapporte aussi des observations et en fait un délire d'intuition.

En 1895, Grasset et Vires consacrent au délire transitoire de la crise dans la pneumonie dans le *Montpellier médical* un court article dans lequel ils rapportent une observation intéressante et en discutent la pathogénie.

Vient ensuite en 1898 la thèse de Fontaine qui publie trois observations intéressantes de délire de la crise — ou délire précritique, comme il l'appelle. — Mais cet auteur, nous semble-t-il, n'attache pas assez d'importance au moment d'apparition du délire. Il se borne à faire de ce dernier un résultat d'intoxication par les toxines pneu-

mococciques sans essayer d'expliquer pourquoi cette intoxication se produit au moment de la crise.

Castelain, de Bruxelles, dans une *Étude sur la période critique de la pneumonie* (1899) et dans un Travail des Annales de l'Institut chirurgical de Bruxelles, donne une description du délire critique et un essai de pathogénie.

C'est une observation de délire au moment de la crise dans la pneumonie, communiquée par M. Guiraud, interne des hôpitaux, qui nous a donné l'idée de ce travail.

Nous avons essayé de rassembler les observations publiées jusqu'à ce jour, de l'ensemble de ces observations nous avons tiré une description symptomatique. En quelques mots nous avons précisé les éléments du diagnostic en ce qui a trait à la méningite pneumococcique, le méningisme, les autres délires. Enfin dans un dernier chapitre nous avons tenté de discuter l'étiologie et la pathogénie de cette complication de la pneumonie.

Avant de commencer notre sujet, qu'il nous soit permis d'adresser nos remerciements à tous nos Maîtres de la Faculté de médecine de Montpellier, et particulièrement à M. le professeur Carrieu qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse et M. le professeur agrégé Vires qui a bien voulu nous donner le sujet de notre travail et nous autorise à publier une observation recueillie dans son service de l'hôpital suburbain pendant qu'il suppléait M. le professeur Carrieu.

CHAPITRE PREMIER

ÉTUDE CLINIQUE

Le délire critique de la pneumonie semble assez rare puisque nous n'avons pu en rassembler qu'une dizaine d'observations, mais la plupart des cas n'ont pas dû être publiés parce que confondus avec le délire banal.

Cliniquement le délire de la crise ressemble au délire fébrile de toutes les maladies infectieuses ; c'est un délire onirique ou de rêve, mais qui se colore différemment suivant chaque malade, son âge, sa profession, sa culture.

Le seul point à bien mettre en lumière est donc son apparition au moment de la crise.

Il apparaît du 5e au 9e jour de la maladie :

Il est apparu au 5e jour dans les observations I, V.

—	6e	—	—	VI, VII.
—	7e	—	—	II et IV.
—	9e	—	—	III.

Les rapports entre l'apparition du délire et la courbe thermique sont variables. Tantôt le délire naît avant la chute de température (délire précritique de Fontaine), d'autres fois au contraire après que la fièvre est tombée (délire de la défervescence. Cas de Vires, de Raymond).

Dans les 3 observations de Fontaine et dans la nôtre, le délire apparaît en pleine hyperthermie exactement la veille de la chute de température. Pour le cas de Vires, le délire se montre au moment où la température commence à baisser, et dans celui de Ducamp et Jeanbrau l'apyrexie est complète (36°8) lorsque les hallucinations commencent. Qu'il précède ou suive la chute de température, le délire n'en reste pas moins intimement uni à l'ensemble des phénomènes de la crise, entre son apparition et la défervescence il n'y a jamais eu plus d'un jour d'intervalle.

Un autre parallélisme intervenant est celui du début de délire et de la disparition des phénomènes stéthoscopiques. Pour presque toutes les observations, les troubles cérébraux apparaissent au moment où le souffle commence à diminuer pour faire place aux crépitants de retour. Nous verrons plus loin que cette coïncidence a été l'occasion d'une théorie pathogénique de Castelain qui fait du délire un effet de la résorption des produits toxiques contenus dans les alvéoles pulmonaires.

Les observations que nous avons recueillies ne sont pas très précises sur les rapports entre le délire et la crise urinaire. Mais il semble bien que là encore il y ait parallélisme. La crise urinaire et l'augmentation des chlorures tantôt précède, tantôt suit le délire.

Dans notre observation I il n'y a pas eu une brusque élimination de chlorures. Pendant que le délire se développait on trouvait par litre : le 22, sérum 5 gr.; le 26, 5 gr. 50 ; le 27, 6 gr. 20, l'élimination s'est faite ainsi progressivement.

Nous pouvons donc conclure que les divers éléments de la crise, défervescence thermique, augmentation de la quantité d'urine et des chlorures, résolution de l'exsudat

intra-alvéolaire, et enfin délire quand il existe, sont des phénomènes qui évoluent dans un ou deux jours, sans être exactement synchrones mais se suivent de très près et dans un ordre quelconque.

Ce délire qui commence et présente son maximum dans la nuit est *hallucinatoire*. Tantôt les malades ont de simples illusions, surtout des illusions de la vue ; l'entourage qui les soigne se transforme en personnages fantastiques bons ou mauvais. Le malade de Ducamp «considère l'infirmière qui veut lui prendre sa température comme une affreuse négresse, et le thermomètre dont elle est armée lui fait l'effet d'un poignard qu'elle veut lui enfoncer dans le cœur.

Le malade de notre observation I croyait aussi que le personnel et les malades ses voisins cherchaient à lui faire du mal. Les hallucinations aussi sont très fréquentes, frappant habituellement l'ouïe et la vue.

Le malade de Vires entendait dans un salon à côté parler un imaginaire beau-père, il voyait autour de lui sa fiancée et ses amies ; notre malade (Obs. I) voit pendant la nuit des personnes qui veulent le tuer ; celui de Fontaine (Obs. V) voit et entend ses chevaux et sa charrette. Ces hallucinations si intenses et si fréquentes rendent le délire *actif* et *vécu*. Le malade entre en conversation avec les personnages imaginaires qu'il voit ou entend.

Il veut se lever et vivre son rêve. Notre malade (Obs. I.), pour échapper à des ennemis, se lève malgré les infirmières et ses voisines. Celui de Fontaine (Obs. II) se lève aussi pour conduire sa charrette, un autre pour faucher son blé, un autre pour voir sa fiancée.

Sur huit observations, malgré l'entourage, le malade s'est levé, bruyant, affolé, et on a été obligé de le faire recoucher de force. Il est important de tenir compte de

cette tendance et de surveiller étroitement le pneumonique une fois le délire déclaré.

Une autre caractéristique de ce délire est l'obscurité et l'absence de systématisation. C'est une série d'images sans suite et sans raison qui se succèdent devant les yeux du malade.

Bien différent du délirant chronique chez lequel tout est enchaîné par une remarquable logique, et qui ne sort pas de ses fausses conceptions, le pneumonique suit sans discuter ses idées incohérentes et confuses. Comme le dit Grasset, « c'est un délire bête, si je puis dire, incohérent et incoordonné, dépourvu de bon sens, hallucinatoire, vivant, incohérent », voilà bien les éléments du délire onirique. Il suffit de rappeler en quelques mots l'histoire de nos malades pour montrer que, sous l'influence de l'infection pneumococcique, chacun a fait un véritable rêve plus prolongé, plus intense que normalement et persistant à l'état de veille. De même que les rêves varient avec les habitudes, l'âge, la profession du dormeur, de même nos délires ont pris une couleur différente suivant ces malades.

Rester enfermé de force dans un hôpital, entendre dans la nuit ses voisins proférer des menaces, les voir sortir de leur lit avec des intentions homicides, se lever et s'enfuir pour échapper à la mort : Voilà le cauchemar de notre malade (Obs. I).

Sur le même fond hallucinatoire et incohérent se développe le délire du malade n° 2, mais avec quelle forme différente ! Jeune étudiant de 23 ans, il a dans son rêve les préoccupations et les espoirs de son âge... Marié depuis quelques jours, pourquoi l'enferme-t-on seul loin de sa femme, il faut retourner auprès d'elle. Mais (et c'est bien

là la succession des tableaux d'un rêve), sa femme est venue, elle est à côté de lui, avec ses amies.

Le beau-père cause dans le salon voisin, on l'entend. Aussi un moment après (quand le tableau s'est évanoui à son tour), il faut se lever pour aller devant la porte attendre, femme, beau-père et toute la famille... Mais ce mariage est colossalement riche, plus n'est besoin de travailler, ils sont très heureux et très charitables... Maintenant nouveau changement de décor (pourrait-on dire). Couché et naturellement en chemise, notre malade croit s'être levé et être allé dans ce simple appareil rendre visite à sa femme qui cause avec ses amis dans le salon voisin. Il croit à la réalité de cet acte si inconvenant tout en éprouvant beaucoup de honte, il faut remarquer ici combien cette association du réel et de l'imaginaire pour si extravagante qu'elle soit, paraît possible au sujet et ne l'étonne que le lendemain tout comme dans un rêve.

Le cultivateur de l'observation VII n'est pas tourmenté lui par des idées de mariage, il rêve de son champ et de sa récolte... des voisins pendant son absence sont allés faucher son blé, il se lève pour protester, pour reprendre son bien...

Le dormeur, une fois éveillé, n'attache aucune importance aux idées fugitives et incohérentes qui se sont succédées pendant son sommeil, ce qui constitue réellement le délire c'est la persistance des hallucinations à l'état de veille, leur intensité qui force le malade à s'agiter, à jouer son rêve et enfin la croyance à sa réalité lorsqu'il est interrompu. Tous nos malades ont présenté des délires ainsi caractérisés. A la visite du matin le malade de l'observation I se plaignait des menaces de mort qu'on proférait contre lui pendant la nuit. Celui de l'observation II regrettait plein de honte son équipée nocturne.

La durée de ces délires de la crise n'est habituellement pas très longue, la période critique passe vite et à mesure que la convalescence s'établit les hallucinations disparaissent, et le malade se rend compte de la fausseté et de l'incohérence de ses idées délirantes. Au bout de 5 à 6 jours comme dans nos obs. I, II, etc., tout rentre dans l'ordre. Mais il ne peut n'en être pas toujours ainsi et on peut très bien supposer un cerveau particulièrement faible, frappé par des toxines pneumococciques très virulentes qui fasse à la suite du délire critique une véritable aliénation mentale de quelque durée. Le malade de Raymond (Obs. VII) présenta un délire remarquable par ses multiples hallucinations, ouïe, vue, goût, sensibilité générale, mouvement, etc., — mais après leur disparition les troubles psychiques persistèrent : préoccupations mélancoliques, idées de culpabilité, de mysticisme, de scrupules — destinées, dit Raymond, elles aussi à disparaître. La malade de Mairet (qui doit comme nous le discuterons au diagnostic entrer dans les cas de délire critique présente une véritable aliénation mentale qui nécessite son entrée à l'asile et ne disparaît que quelques mois plus tard. Nous n'avons pu trouver d'observations de psychoses irrémédiables.

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Nous venons de décrire la marche et les caractères cliniques du délire de la crise ; il faut maintenant montrer les particularités qui le distinguent des autres manifestations cérébrales survenant au cours de la pneumonie et pour cela résoudre ces deux problèmes : 1° A-t-on affaire à un délire ? Est-ce celui de la crise ?

Castelain dit que pour bien caractériser un délire au cours d'une pneumonie il faut éliminer les troubles provenant de l'état général : alcoolisme habituel ou accidentel, de mauvaise circulation interne ou stase : il faut même songer à d'autres intoxications (urémie, cholémie) par insuffisance des éliminations ou à une simple prédisposition du système nerveux (hystérie). Tout cela est de diagnostic peu commode et souvent pas très nécessaire : chercher si des phénomènes délirants proviennent d'ischémie, de stase ou d'urémie, c'est plutôt, semble-t-il, chercher la pathogénie du délire que faire un diagnostic clinique lequel doit toujours conduire à des indications thérapeutiques.

Il nous semble que la plupart du temps on aura pratiquement à hésiter entre :

1° Des conséquences directes de l'infection.

a) pneumocoque faisant de la méningite ;

b) toxines faisant du méningisme.

2° Des conséquences indirectes.

d) *Otite sinusite* pouvant provoquer une méningite secondaire.

Dans ces dernières années on a bien montré que le pneumocoque tout comme le méningocoque pouvait provoquer des méningites évoluant soit isolément, soit associées à la pneumonie.

On pouvait citer des observations nombreuses de méningites pneumococciques précédant la pneumonie de quelques jours, ou apparaissant à n'importe quelle période de cette dernière. La date d'apparition du délire ne peut, par conséquent, être d'aucun secours. Mais, cliniquement, les 2 complications présentent bien des caractères différentiels. Il y a d'abord le trépied méningitique — céphalée, vomissements, constipation et le signe de Kernig si les méninges rachidiennes sont atteintes, — ensuite l'hyperthermie constante dans la méningite.

Malgré tout, au moment de l'apparition du délire, le clinicien pourra être bien embarrassé ; le trépied symptomatique peut apparaître tardivement de façon à atténuer le délire traduisant seul d'abord l'inflammation méningée. Il y aura bien l'hyperthermie, mais nous avons vu que si souvent le délire apparaît au moment de la défervescence, il peut être aussi précritique, précédant la chute de température de 24 heures ; dans ces cas, il pourra même se produire une légère ascension thermique (Obs. I, III, IV, V.).

Comme le pronostic de ces deux complications, méningite et délire, est essentiellement différent, pour peu qu'il y ait doute, il faudra recourir à la ponction lom-

baire. Si l'on a affaire à un simple abcès, le liquide céphalo-rachidien sera normal, tandis que dans une méningite, il s'écoulera trouble et la centrifugation suivie de l'examen microscopique du culot pourront y déceler soit du pneumocoque, soit une polynucléose intense.

Certains auteurs font aussi le diagnostic entre le délire et du méningisme, entendant par ce terme un syndrome comparable à la méningite sous-inflammatoire des méninges. La pathogénie du méningisme est à vrai dire inconnue et s'il est une intoxication des centres nerveux simulant la méningite, il doit être bien difficile de le distinguer du délire, à moins que le trépied céphalée, vomissements, constipation soit bien net. Dans ces cas-là il faudra avoir encore recours à la ponction lombaire et pratiquement l'on pourra conclure : si le liquide céphalo-rachidien contient des pneumocoques polynucléaires, méningite : donc pronostic grave ; s'il est normal, méningisme ou délire : donc pronostic habituellement bénin.

La méningite, avons-nous dit; peut être aussi indirectement pneumococcique et être la conséquence d'une otite purulente qui s'est développée sur l'encéphale ou d'une sinusite. C'est dire que chaque fois qu'on se trouvera en présence de délire avec hyperthermie il faudra examiner avec soin le conduit auditif, mastoïde, sinus pour dépister un abcès et pratiquer le traitement convenable. Il reste maintenant à savoir si le délire est ou non celui de la crise. Nous avons essayé de montrer dans l'étude clinique que les divers éléments de la crise ne sont pas toujours synchrones et en particulier que le délire tantôt précède, tantôt suit de près l'hyperthermie. Il est assez facile de distinguer un délire de crise qui apparait au moment de la défervescence du délire de la convalescence. Par exemple, le malade de Maurel (Obs. II) nous paraît plu-

tôt avoir fait un délire de crise que de convalescence. Cette pneumonie évolue régulièrement et sans troubles cérébraux, *lorsque au moment où la fièvre tombe* au début de la convalescence se produit une agitation maniaque avec hallucination. Il nous semble que le parallélisme de ces hallucinations et de la défervescence est caractéristique. C'est pourquoi nous avons rapporté l'observation.

La difficulté du diagnostic est plus grande quand le délire est le premier phénomène critique, l'hyperthermie persistant ou même étant parfois légèrement augmentée (Obs. I et les trois cas de Fontaine). Dans ces cas, le moment d'apparition a une importance capitale du cinquième et neuvième jour de la pneumonie, l'apparition du délire devra faire penser à la crise et n'aggravera pas le pronostic.

La valeur sémiologique et pronostique du délire de la crise est grande. Il faut d'abord savoir que le délire en lui-même indique très souvent un état de moindre résistance du psychisme du malade. Il est entendu que les rêvasseries et l'agitation sont habituelles quand la fièvre est élevée, mais un état hallucinatoire marqué, un délire onirique tant soit peu prolongé sont le propre des nerveux affaiblis, des héréditaires, une nouvelle maladie les fera facilement délirer.

Mais inversement, au point de vue du pronostic de la maladie elle-même, il ne faut pas s'effrayer du délire quand la température n'est pas excessive, quand les appareils résistent bien à l'infection, il est plus difficile de dire si le délire persistera ou s'atténuera rapidement. Il est rare d'abord, en règle générale, que les délires infectieux persistent longtemps : les délires de la pneumonie, de la typhoïde, de la puerpéralité guérissent généralement très vite. Il en est de même du délire de la crise.

Sur nos neuf cas, la plupart des malades ont guéri en moins d'une semaine. Deux, le malade de Raymond et celle de Mairet ont gardé plus longtemps leurs hallucinations et leurs idées délirantes, mais tout cela néanmoins a disparu au bout de quelques semaines. Il faudra, si le délire persiste pendant quelque temps, rassurer l'entourage et lui promettre à brève échéance une guérison définitive. Il ne faut pas cependant conclure de cela qu'il soit impossible de rencontrer des sujets fortement prédisposés chez lesquels le délire de la crise aboutit à une psychose irrémédiable, mais nous n'en avons trouvé aucun exemple.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Il est difficile de préciser dans quelles circonstances apparaît le délire de la crise et par quel mécanisme se fait son évolution.

De tout temps on a remarqué que les conditions étiologiques de ce délire étaient une infection particulièrement intense ou une prédisposition du système nerveux du malade. Les phénomènes cérébraux se manifesteront dans les pneumonies hyperthermiques (plus de 40°) dans lesquelles le système nerveux fortement intoxiqué ainsi que tous les autres appareils doit fonctionner anormalement quelle que soit sa résistance. La localisation de la pneumonie au sommet, signe d'infection rare, produit elle aussi souvent du délire. Mais la plupart du temps le délire se manifeste moins à cause de la gravité de l'infection que de la prédisposition du sujet. « La vraie cause de ces délires, comme dit Grasset, c'est la disposition névroplastique antérieure du sujet, disposition névroplastique qui, suivant son degré, son intensité, sa profondeur fera un délire, court ou long, léger ou grave, aigu ou chronique, curable ou définitif. »

Cette disposition névropathique peut être héréditaire ou acquise. Notre observation I nous semble un bon exemple

de prédisposition : le malade avait eu la variole en 1870, il se rappelle fort bien avoir déliré pendant sa maladie, il était naturel que son système nerveux déjà prédisposé à l'invasion pneumococcique et lésé par l'infection variolique réagît par du délire. Il est probable que s'il contractait de nouveau une maladie aiguë il délirerait encore et plus posément son système nerveux étant en état de moindre résistance à la suite de deux atteintes successives. Le malade de Vires et Grasset était aussi un nerveux légèrement hypochondriaque, très préoccupé par une cystonéphrite et récemment surmené. Il en est de même des malades de Ducamp et de Raymond dont les antécédents héréditaires ont empêché le développement physique et moral et l'ont classé parmi les dégénérés.

Suivant les théories générales du moment on a successivement invoqué pour expliquer la pathogénie du délire de crise : l'inanition, les troubles circulatoires, l'intoxication, les résorptions toxiques. Passons en revue ces diverses théories et essayons d'expliquer le mécanisme du délire dans la pneumonie en général, et son apparition précise au moment de la crise.

Jaccoud dans les cliniques de la Pitié rapporte en quelques mots un cas de délire critique et rattache ces phénomènes à l'inanition et à la spoliation de l'organisme. Il est bien difficile d'accepter cette théorie. La pneumonie est une maladie essentiellement rapide, bien ou mal elle se règle vite, les malades sont bien alimentés avec du lait, du bouillon à volonté, et n'ont pas, pendant la semaine de fièvre le temps de s'affaiblir au point de délirer. Que feraient alors les typhoïsants qui restent des mois entiers avec la même alimentation ?

Les troubles circulatoires ne semblent pas non plus devoir être invoqués ; sans doute l'anémie et la congestion

cérébrale peuvent fort bien produire le délire, mais alors la cause qui vicie la circulation est apparente, et se manifeste par d'autres symptômes. S'il y a congestion encéphalique on doit trouver en même temps, que le délire de la cyanose de la face et des lèvres, du refroidissement des extrémités, un facies apoplectique passager. Pour penser à l'anémie cérébrale il faudrait observer des symptômes inverses : pâleur de la face, etc., et enfin montrer sous quelle influence se produit cette anémie.

La notion des toxines microbiennes à permis d'expliquer le délire de la pneumonie d'une manière satisfaisante. D'abord il est évident que les toxines sont répandues dans tout l'organisme, du pneumonique ; Gaume et Roger ont pu les déceler dans leur urine. Les toxines frappent pasticulièrement le système nerveux quand il est en état de moindre résistance. Cette explication proposée d'abord par Kræpelin pour expliquer le délire de la fièvre typhoïde semble s'appliquer à celui de la pneumonie. La preuve que les toxines microbiennes peuvent se fixer sur l'encéphale et le léser soit momentanément soit définitivement nous est fournie par les expériences de Luisada et Pacchioni (*Polyclinico*, juin 1898). Ces auteurs obtiennent par injection de toxines diphthériques des lésions des fibres nerveuses. Il doit en être de même pour toutes les toxines microbiennes. Chantemesse a trouvé chez les sujets qui avaient présenté du délire au cours de l''érysipèle une véritable hydropisie du liquide céphalo-rachidien auquel il attribue un rôle prépondérant dans la pathogénie de ce délire. Là encore il est logique d'admettre que la réaction méningée est consécutive à l'action des toxines microbiennes.

Avec Fontaine, nous pensons que le délire de crise est dû à l'intoxication pneumococcique. Puisque celui-ci appa-

raît au cours d'une maladie infectieuse, cette explication semble très logique; de plus, cliniquement, le délire onirique de la crise ressemble à tous les autres délires de la pneumonie, délire du début, délire lié à l'hyperthermie, et nous croyons que la ressemblance clinique est un grand argument en faveur de l'identité pathogénique.

Mais Fontaine n'a pas essayé d'expliquer pourquoi ce délire infectieux apparaît au moment précis de la crise, probablement parce que les théories de pathologie générale de son école l'empêchaient d'attribuer une grande importance à cette crise.

Castelain, dans les Annales de l'Institut chirurgical de Bruxelles, a tenté de montrer pourquoi le délire se développait au moment de la défervescence.

Pour lui, « l'évolution de ce délire est exactement en rapport avec les transformations pulmonaires pendant la période de liquéfaction de l'exsudat ; il apparaît avec le début de cette période de liquéfaction en masse dont il constitue en quelque sorte, le premier indice. Son intensité, sa durée sont parallèles à la courbe de liquéfaction, à l'abondance, à la rapidité et à la marche de la résorption des exsudats alvéolaires plus ou moins appréciables à l'oreille. Il s'agit bien là ainsi que l'ont prouvé les essais de toxicité urinaire que nous avons institués, d'un délire de résorption et d'intoxication analogue à celui qui survient pendant la résorption de vastes abcès articulaires, dans la variole à la période de suppuration, dans la fièvre typhoïde à la fin du second septénaire, dans certaines affections puerpérales.

» Les poisons en cause rentrent dans la circulation à mesure que les régions pulmonaires envahies redeviennent perméables, soit en masse, soit par régions successi-

ves et s'éliminent au moins en partie par les urines affectant plus ou moins le système nerveux intoxiquée.»

Cette longue citation était nécessaire pour bien exposer la théorie de Castelain. Celle-ci est intéressante en ce sens qu'elle explique très bien ce moment d'apparition du délire. Mais pour cela, il faut admettre au cours de la crise une sorte de résorption de poisons qui après avoir intoxiqué tout l'orgnanisme s'éliminent par les urines.

L'augmentation de toxicité urinaire au cours de la crise n'est pas une preuve de résorption toxique. En effet, on peut très bien admettre que dans l'effort décisif de l'organisme pour se débarrasser de la maladie, il élimine brusquement les substances toxiques qui s'étaient peu à peu accumulées. Cette période est donc tout le contraire d'un intoxication générale.

D'un autre côté, la liquéfaction de l'exsudat intra-alvéolaire n'implique pas non plus une résorption, sans doute il disparaît, non de la circulation, mais est expectoré à l'extérieur ; loin d'estimer que ce phénomène de liquéfaction intoxique l'organisme, il faut admettre qu'il le débarrasse de poisons microbiens.

Un autre argument que nous opposerons à cette théorie d'auto-intoxicatien au cours de la période critique est celui-ci : Si les toxines se répandaient dans tout l'organisme, les divers appareils réagiraient et en même temps que le système nerveux ferait du délire il y aurait aussi de l'hyperthermie, de la tachycardie, etc. C'est le contraire qui se produit dès que le délire apparaît; la température tombe, le pouls devient normal, l'état général s'améliore, bien plus, souvent le délire se montre un ou deux jours après la chute de température (Obs. II, etc.). Il faut donc considérer tous ces phénomènes comme l'inverse d'une recrudescence de l'infection.

Il nous semble que, pour donner au délire de la crise sa véritable signification, nous devions nous appuyer sur la conception de la crise de l'École de Montpellier.

Elle est l'effort définitif et général de l'organisme pour se débarrasser de la maladie. Cette théorie ne doit point être considérée comme une hypothèse vitaliste surannée. En effet, les tendances actuelles de la pathologie générale nous poussent à admettre qu'il faut attribuer une grande importance à ces réactions générales de l'organisme, les doctrines de la phagocytose de l'immunité concordent avec les phénomènes sans permettre encore de les expliquer.

Les tendances thérapeutiques actuelles en sont une nouvelle confirmation. On commence à employer les ferments métalliques dans les grandes infections pour donner à l'organisme le coup de fouet nécessaire à la réaction curatrice. Les sérums qui jusque-là avaient force spécifique (anti-tétanique, anti-diphtérique) sont aussi employés dans le même but.

Nous admettrons donc qu'au cours de la pneumonie ce n'est pas l'organe malade seul, qui se défend, mais l'organisme tout entier, particulièrement pendant la période critique, et voici comment nous pouvons concevoir la pathogénie du délire qui survient à ce moment.

1° Dans tout le cours de la pneumonie jusqu'au moment de la convalescence, le système nerveux est intoxiqué par les poisons pneumococciques ;

2° Cette intoxication qui ne s'accompagne pas normalement de délire retentit plus profondément sur les cerveaux débilités par la prédisposition héréditaire ou acquise.

Ces deux conditions sont suffisantes pour provoquer ce délire initial et le délire fébrile.

/

Mais à la fin de la pneumonie, il se réalise une troisième condition qui peut produire ce délire. Au moment où la virulence du pneumocoque commence à s'atténuer, l'organisme tout entier réagit ; les poisons sont évacués soit par les glandes sudoripares, soit par les reins, la température s'élève un peu pour s'abaisser brusquement. Le système nerveux, lui aussi, cherche à se libérer des toxines, mais s'il est déjà affaibli, comme nous l'avons supposé, il ne pourra pas faire les frais de cet effort, et sa faiblesse se manifestera par une insuffisance fonctionnelle, c'est-à-dire le délire.

Sans doute, il est, à l'heure actuelle, impossible de préciser le mécanisme suivant lequel s'accomplissent tous ces phénomènes, mais ce n'est pas une raison pour les nier, surtout si l'on ne donne pas d'autre explication plausible.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Quel que soit le mécanisme du délire de la crise, qu'il soit la conséquence d'anémie ou de congestion cérébrale, d'auto-intoxication par l'exsudat intra-alvéolaire ou les toxines du pneumocoque, le traitement pourra seulement être symptomatique.

Les formes simples seront facilement calmées par les hypnotiques habituels : chloral, bromure, sulfonal, etc. Si le délire était trop intense et coïncidait avec une hyperthermie excessive on pourrait avoir recours aux bains tièdes et prolongés où même froids qui ont été préconisés par un grand nombre d'auteurs. Mais cela est plutôt le traitement de la pneumococcie que du délire proprement dit.

Nous avons vu que le délire hallucinatoire et vivant poussait souvent les malades à sortir de leur lit et à s'échapper, c'est une notion importante à retenir : dès qu'une pneumonique au début de sa crise commencera à délirer il il sera prudent de mettre à côté de lui une personne chargée spécialement de le surveiller. Nous rappellerons à ce propos notre malade de l'observation I qui en pleine fièvre allait quitter l'hôpital à pied s'il n'avait pas été retenu par l'interne.

Quand le délire se prolongera, le séjour dans un asile sera contre-indiqué puisque la guérison ne se fait habituellement pas attendre. Il faudra alors pendant la période de convalescence soutenir le malade affaibli par des reconstituants des toniques, des amers (quinquinas, glycérophosphates, lotions froides).

OBSERVATIONS

Observation I

Inédite, due à l'obligeance de M. Guiraud, chef de clinique

Th. J. 60 ans, cultivateur, entre le 18 décembre 1906, dans le service de M. le professeur Carrieu, suppléé par M. Vires, salle Combal, nº 10.

Antécédents héréditaires. — Sans importance.

Antécédents personnels. — A contracté la variole en 1870 et a déliré pendant longtemps au cours de la maladie.

Histoire de la maladie. — Vers le 20 novembre a présenté pendant quelques jours de l'anorexie, des vomissements après avoir mangé. Il avait la bouche mauvaise, éprouvait des sensations de froid et de chaud. Toussait assez souvent par quintes. Peu à peu les symptômes se sont atténués, mais ils ont recommencé par un frisson peu intense.

18. décembre. — Le soir à l'entrée du malade on constate en arrière et à droite de la submatité dans les deux tiers inférieurs du poumon et des râles crépitants.

19. — Temp. : 39°2, pouls ample et rapide, matité en arrière et à droite, souffle tubaire dans le milieu de la hauteur, en arrière ; quelques crachats rouillés et adhé-

rents au crachoir caractéristiques, on fait le diagnostic, de pneumonie et on prescrit une infusion d'ipéca 1 gr. 50.

20. — Même état, le souffle est très net et limité : on perçoit tout autour une couronne de souscrépitants.

23. — Le malade a présenté dans la nuit un délire violent. A plusieurs reprises il a poussé des cris et tenté de se lever. A la visite du matin il refuse de répondre prétend que les infirmiers ne les oignent pas, ne veulent pas le faire boire, que dans la nuit ses voisins ont essayé de le tuer.

24. — La température est tombée à 38°. Le délire a persisté pendant la nuit sous la même forme.

Au point de vue pulmonaire il y a encore de la matité ; à droite et en arrière dans la région médiane on perçoit des sous crépitants nombreux, mais le souffle a totalement disparu. Expectoration abondante.

25. — L'interne appelé dans l'après-midi trouve le malade assis au milieu de la salle, encombrée par les visites de la Noël. Il a réussi à s'emparer de ses habits et veut absolument s'en aller. Malgré ses protestations véhémentes et ses menaces, on le déshabille et on le recouche.

26. — La nuit a été meilleure. On perçoit toujours des sous crépitants en arrière et à droite.

Urine : quantité 950. — 0.1018, réaction acide.
Urée 30 grammes par litre. Chlorures 5,50. Traces d'albumine.

27. — Même état.

Urine : Quantité 800. 1021. Acide. Urée : 27 gr.

Chlorures : 6 gr. 20. Albumine : traces.

Le délire a complètement disparu. Le malade remercie le personnel de l'avoir gardé de force le jour de Noël. Il dit qu'il avait perdu la tête, et qu'on lui a sauvé la vie.

1er janvier. — Il reste encore quelques rares sous-crépitants.

Expectoration muco-purulente abondante.

Léger œdème des membres inférieurs.

26. — Le malade quitte l'hôpital guéri.

Observation II

Grasset et Vires, Délire transitoire de la crise dans la pneumonie. *Montpellier Médical.* 1895.

M. C., étudiant en médecine, âgé de 23 ans, entre le 30 mars à l'hôpital Saint-Éloi, au cinquième jour d'une pleuro-pneumonie gauche. Il occupe le n° 10 de notre salle Bayle.

Le début de la maladie a été assez orageux : déjà le 20 mars comme, ressent un frisson violent intense qui lui secoue le corps tout entier, il a froid toute la soirée sans pouvoir se réchauffer ; puis, le soir au coucher, il est pris de sueurs profuses, de courbature, d'abattement général, de douleurs ertiques.

C'est le début de l'infection, le début de l'invasion pneumococcique, mais l'état général seul est pris il n'y a pas encore de localisation. Notre malade continue néanmoins sa vie ordinaire ; il se surmène même au tant que par le passé. Du 22 au 25 mars, il prend une part importante à l'organisation d'une fête de charité ; il court chez les divers fournisseurs, discute le soir les projets soumis aux organisateurs, et le reste de ses nuits est mauvais : son sommeil troublé est traversé de cauchemars, de rêvasseries indécises, de brusques réveils. Cependant l'état général s'aggrave, le mal de tête s'ac-

centue, et le 26 mars, un point de côté violent apparaît à gauche sous le sein.

Voilà le début de la localisation sur le poumon de l'infection réalisée le 20, le début de la pneumonie pulmonaire.

Notre homme ne s'arrête pas encore, il prend quelques grammes d'antipyrine et continue ses fébriles occupations.

Les journées du 27 et du 28 sont très mauvaises, il est obligé de s'aliter avec une fièvre ardente, une dyspnée assez vive.

Le 29, l'état s'aggrave. La température du matin est de 39°, le soir de 40°1.

La nuit du 29 au 30 est très agitée, délire, excitation. C... veut se lever, s'échapper de sa chambre.

Le tableau général devient sérieux, à un point tel que le médecin traitant se demande, avec juste raison, s'il ne se trouve pas en présence d'une dothiénentérie. A l'entrée du malade à l'hôpital, l'état cérébral est bien calmé, le délire a disparu, le malade répond nettement aux questions posées et donne des détails et des indications précis sur sa maladie et ses antécédents.

Les téguments sont injectés, la face est rouge, surtout au niveau de la pommette gauche, la peau est chaude. La toux est pénible, continuelle avec des paroxysmes douloureux. Le malade a un point de côté violent jour et nuit sous le sein gauche exaspéré par la respiration et la toux.

Les crachats sont visqueux, adhérents, rouillés. L'anorexie est complète, la diarrhée, depuis deux jours, abondante, liquide, très fétide. La langue est rouge aux bords et à la pointe ; sèche, blanchâtre, rugueuse au centre, agitée de mouvement fibrillaires. Soubresauts de tendons, agitation, oppression.

Les signes locaux se traduisent par la matité à gauche depuis l'angle de l'omoplate jusqu'au bas, en arrière et sur la ligne axillaire.

Les vibrations sont abolies du même côté dans les deux tiers inférieurs.

A l'auscultation, souffle tubaire, surtout dans le tiers moyen, particulièrement sur la ligne axillaire, où il est mêlé à quelques sous-crépitants fins.

Bronchophonie, dans les deux tiers supérieurs, bronchoégophonie dans le tiers inférieur.

Le pouls est à 120, inégal. Les bruits du cœur sont affaiblis. L'urine est peu abondante, rougeâtre et contient 1 gramme d'albumine non rétractile par litre.

Le délire a été constamment bruyant. L'excitation a été à peu près continuelle, c'est-à-dire non interrompue par des rémissions, par du sommeil complet et calme.

5 La grande préoccupation du malade a été d'abord de s'enfuir ; il ne voulait pas rester couché, sortait vivement de son lit et gagnait la porte. Deux hommes chargés de se contenir devaient lutter avec lui et le faire recoucher.

« Notre malade s'est toujours très bien exprimé, mais les discours et ses conversations réflètent une grande confusion dans les idées. Toutefois l'idée de mariage est celle qu'il cultive avec le plus de suite... Il est marié depuis quelques jours ; il ne comprend pas qu'on le laisse loin de sa femme et veut — par tous les moyens — retourner auprès d'elle.

» Parfois surviennent des hallucinations de la vue et de l'ouïe ; il voit sa jeune femme à côté de son lit ; elle est au milieu de ses amies, toutes jeunes filles de la plus grande distinction. Il les entend causer, s'amuser, éclater de rire. Le beau-père lui-même ne manque pas ; il l'entend dans le salon voisin ; il est engagé dans une grande dis-

cussion avec un visiteur quelconque... Entendez-vous mon beau-père : il est là dans ce salon ; il cause...

» Il n'est pas possible d'attirer longtemps son attention, de diriger ses idées, de détruire ses hallucinations. Comment vous portez-vous ? Avez-vous passé une bonne nuit ? Très bien, très bien ; j'ai bien dormi ; il dit ceci très vite, très rapidement et immédiatement repris par son délire il veut s'enfuir chez sa femme.

» Nous n'avons pas constaté de dépression ni d'abattement. Le malade a toujours bien dit ce qu'il pensait, sans mâchonnement d'incohérentes paroles. Seules ses idées étaient incoordonnées.

» Dans la nuit du 2 au 3 il se lève brusquement, saute à bas de son lit, se drape dans une couverture et va s'asseoir côté de la porte de sa chambre. Là il est chez lui, dans sa maison et toujours obsédé par l'idée matrimoniale. Il attend, dans cet attirail, sa femme, son beau-père, toute sa famille.

» Quelques minutes après il vient de faire un richissime mariage. Il est le plus heureux des hommes, Il est riche, colossalement riche. Il n'a plus besoin de travailler, de ruiner sa santé sur les livres. A quoi bon ? Maintenant son avenir est assuré. Mais il veut que tout le monde soit content, que tout le monde soit heureux : il sera très charitable, étant très riche.

» A la visite du 3 au matin, il paraît un peu honteux, confus. Non qu'il soit abattu, mais sa figure exprime la tristesse. M. Grasset lui demande pourquoi il est désolé, ce qu'on lui a fait. Devant tout ce monde qui suit la visite (étudiants, sœurs, stagiaires...), il ne peut pas le dire. Nous restons seul avec lui, et il nous avoue, à voix basse, triste et désolé, qu'il a commis hier une très grosse sottise. Il regrette du reste son action et de tout son cœur.

Lui, si réservé, si discret, n'a-t-il pas eu la folle idée — et si inconvenante — de quitter son lit et de pénétrer en chemise — et tout doucement il répète : rien qu'avec la chemise — dans le salon d'à côté où sont réunies les jeunes filles, amies de sa femme ! Il a honte.

» Nous le calmons de notre mieux ; mais il demeure convaincu qu'il a été souverainement incorrect, et que son acte inexplicable sera très mal jugé.

» Malgré cette tristesse, nous ne constatons pas un état mélancolique avec stupeur, il poursuit parfaitement son idée.

» Tout le temps qu'a duré le délire, il n'a reconnu personne.

Le 3 au matin, cependant, il a reconnu M. Grasset, et il nous a demandé la visite finie, pourquoi M. Grasset était venu le voir.

» Le soir, à la contre-visite habituelle, il ne se souvient plus de la visite du matin, du passage de M. Grasset, mais il n'est nullement étonné de voir à ses côtés la sœur de service, de nous entendre demander des renseignements sur son état.

» Aux questions que nous lui adressons, il répond parfois d'une façon assez logique, mais tout à coup, sans transition, il abandonne son sujet et nous demande des nouvelles de sa femme et de sa famille.

» Ainsi donc, le malade est complètement délirant, il est incapable d'attention. Bien que ses idées et ses discours ne se tiennent pas, ils roulent quand même avec une certaine association autour de ces deux sujets : sa femme, sa famille. Son esprit en quelque sorte semble concentré sur un groupement de conceptions, toujours les mêmes : sa famille, sa femme, son père. »

L'entrée à l'hôpital a lieu le 30 mars, le 11e jour de la

pneumonie et le 5e de la pleuro-pneumonie. A partir de ce moment, survient une courte période d'évolution classique de la maladie.

Six ventouses sèches. Lait, bouillon, alcool en petite quantité.

Le 31 mars (12e jour de la pneumococcie, 6e de la pleuro-pneumonie), la température est de 39°5 le matin, de 39° le soir. Le pouls est petit, inégal, à 115. L'urine est trouble, peu abondante, avec un dépôt rougeâtre ; elle renferme des traces d'albumine et 1 gramme de chlorures.

Les crachats sont très abondants, marmelade d'abricots. Le point de côté est moins violent, mais la dyspnée persiste. La nuit a été calme, le malade a dormi plusieurs heures ; il a eu des sueurs abondantes. La diarrhée est moins fétide, moins continuelle. Le faciès est subictérique, avec un léger œdème des paupières.

Le 1er avril (13e jour de la pneumococcie, 7e de la pleuro-pneumonie), la température est meilleure : 38°8 le matin, 39°9 le soir. Le pouls est à 110, forte sudation, abondante sécrétion d'urine, très sédimenteuse, très riche en urates ; quelques traces d'albumine, avec des globules rouges et blancs sans cylindres. La langue est dépouillée, la diarrhée a disparu. Au poumon gauche, le souffle a diminué ; dans le tiers supérieur, sont quelques râles de retour crépitants fins sur la ligne axillaire et entre cette ligne et l'omoplate.

En somme, c'est une atténuation évidente de tous les symptômes, nous paraissons être au début de la défervescence, on peut même prédire la crise. Et cependant, ce même jour, où tout semble indiquer que nous marchons vers la terminaison la plus simple et la plus normale, un nouveau symptôme inattendu est apparu qui, à lui seul, va occuper toute la scène clinique, c'est le délire. Dans la nuit il y a eu une grande agitation qui a nécessité la pré-

sence constante d'un infirmier, et le matin, à la visite, le malade est absolument et complètement délirant.

Pendant trois jours et quatre nuits, ce malade a donc été fou, absolument fou, et a donné complet le tableau d'une aliénation mentale.

Puis brusquement, dans la nuit du 3 au 4, après un sommeil profond, ce délire disparaît. Le malade se réveille le 4 au matin, très calme, avec une lucidité parfaite.

Seulement il reste un trou dans sa mémoire : il n'a plus le moindre souvenir de ce qui s'est passé psndant les trois jours.

Pendant ce même temps, la fièvre est complètement tombée, les râles de retour se sont développés, l'expectoration est devenue abondante, la dyspnée a disparu.

L'urine est émise en grande quantité : les chlorures remontent et atteignent 5 grammes. Les selles sont normales... (tout cela depuis le 2).

Les signes stéthoscopiques s'atténuent et progressivement disparaissent.

Dès le 5 enfin, la convalescence s'affirme ; elle marche rapidement, et le 22 le malade quitte l'hôpital complètement guéri.

Observation III

Mairet, Folie de la convalescence de la pneumonie. *Montpellier médical*, 1857

Une jeune femme des environs de Montpellier, Mme Y..., est atteinte d'une pneumonie double. Cette pneumonie évolue régulièrement sans troubles cérébraux, lorsque au moment où la fièvre tombe, au début de la convalescence, se produit une agitation maniaque avec hallucinations.

Quelques jours après, cette malade est confiée à mes soins. Lorsque je la vois, l'agitation est intense, la malade lutte contre les personnes qui l'entourent ou se cache derrière les meubles, apeurée par des hallucinations de l'ouïe et des illusions de la vue. Elle entend des cloches qui sonnent le glas funèbre, des voix qui lui disent qu'on va la tuer, elle, son mari et son enfant actuellement séparés d'elle; la physionomie des personnes qui l'entourent se transforme, c'est le diable; les aliments et les boissons qu'on lui présente ont un mauvais goût, ils sont empoisonnés; de plus, depuis quelque temps, des causes morales agissaient sur Mme Y... : elle avait perdu quelques mois auparavant un enfant, ce qui l'avait beaucoup affectée, et en même temps elle s'était fatiguée physiquement pour le soigner; enfin, il y a antipathie entre elle et son mari.

Tout en conservant de l'embonpoint, Mme Y... est affaiblie physiquement, l'anémie est profonde, le teint jaunâtre; l'auscultation ne révèle plus rien du côté des poumons.

Notre grande préoccupation, dans ce cas, fut l'alimentation. Dans les premiers jours nous éprouvâmes de sérieuses difficultés à cause de la perversion du goût; mais peu à peu, moitié par force, moitié par persuasion, nous parvînmes à nourrir suffisamment la malade. A partir de ce moment, une sédation se produit, les hallucinations vont s'éteignant, l'agitation maniaque seule persiste. Nous aidant alors de bains tièdes, de pommades à l'extérieur, l'amélioration s'accentue progressivement. Au bout de six semaines, Mme Y... est guérie et peut retourner chez elle. La guérison est complète, il y a plus de quatre ans qu'elle persiste,

Observation IV

Fontaine, Thèse Paris, 1898-1899, n° 72

Louise M..., 21 ans, ménagère, 2 enfants. Pas d'antécédents héréditaires, pas d'alcoolisme, pas de traces d'hystérie, rien du côté mental. N'a jamais été malade.

Entre le 26 novembre 1896 à Tenon, salle Béhier, se plaignant d'un point de côté depuis la veille.

27. — L'auscultation révèle une pneumonie du lobe moyen avec tous les symptômes classiques. Temp. : matin, 38°9 ; soir, 39°1. Pas d'albumine.

28. — Même état. Temp. : matin, 39° ; soir, 39°2. Urines rares et foncées, mais sans albumine.

29. — État stationnaire. Maladie calme. Temp. : matin, 39°2 ; soir, 31°5.

30. — Dans l'après-midi la malade paraît inquiète, agitée et commence à délirer, mais sans essayer de se lever et passe la nuit dans cet état. Temp. : matin, 39° ; soir 39°4. Pas d'albumine.

31. — Le délire se montre plus intense, accompagné d'hallucinations, la malade veut se lever à toute force et aller chercher son enfant que l'on a mis à la crèche à son arrivée.

Il faut la surveiller et même employer la force pour la maintenir. Temp. : 39° ; soir, 39°2. Lavement au chloral.

1er décembre. — Le délire a cessé, la malade est absolument calme et en possession de toute sa lucidité. La défervescence s'est opérée et elle a uriné abondamment.

Pas d'albumine. Temp. : 37°5 ; soir, 37°9.

Le 2 et jours suivants, la résolution s'accentue, la convalescence marche à grands pas.

La malade sort guérie le 11.

Observation V

Fontaine, *Ibid.*

Pierre C..., 50 ans, propriétaire, maigre, robuste. Pas d'antécédents héréditaires.

A 8 ans, fièvre typhoïde, bronchite à 32 ans. Depuis, santé excellente.

Le 16 juin 1898 étant au marché, à 6 kilomètres de chez lui, Pierre C... est pris d'un frisson violent qui dure toute l'après-midi. Le soir, il rentre fatigué, et se plaint de douleurs de tête. Pas de point de côté.

17. — Toux légère, le thermomètre marque 39°.

18. — A la percussion, un peu d'obscurité au sommet gauche ; râles crépitants, très nets au même endroit. Crachats rouillés.

Température : 39°8.

La pneumonie suit sa marche régulière jusqu'au 22 juin.

22. — Délire sans augmentation de température. Le malade se plaint qu'on est allé lui faucher son blé sans l'avertir, et demande des explications aux personnes qui l'entourent. Dans la nuit, il repose très peu.

Température : 39°.

23. — Le délire persiste et le malade veut se lever pour aller chez le voisin.

Dans la nuit du 23 au 24, le délire plus violent fait craindre pour les jours du malade. Température : 39°1.

24. — A 6 heures du matin, le délire a cessé, et le thermomètre descend à 37°6. Le malade urine beaucoup dans la matinée.

25.—Au soir, le thermomètre monte à 38°, il n'atteindra plus ce chiffre.

26. — Râle crépitant de retour, résolution en marche. Dès ce jour, la maladie marche vers la guérison et se termine sans autre complication. Après 15 jours de convalescence, le malade se retrouva en parfaite santé.

Observation VI

Fontaine. *Ibid.*

D. Arthur, 28 ans, employé comme cocher chez un un marchand de papiers.

Pas d'antécédents héréditaires. Mère bien portante, père mort accidentellement. Rien du côté mental chez ses ascendants. N'a jamais eu même dans l'enfance, d'idées bizarres, toujours bon caractère. N'a fait aucune maladie ; aucun stigmate d'alcoolisme.

Entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles, le 5 octobre au soir. Le matin, en travaillant à charger une voiture il avait reçu une balle de papier sur le côté droit. Après déjeuner, indisposition subite, frisson. Le médecin le fait transporter à l'hôpital.

6 octobre 1898, deuxième jour.

L'auscultation révèle une pneumonie occupant toute l'étendue du sommet droit.

Ventouses sèches, 3 lotions. Etat calme. Pas d'albumine. Température : 40°5, soir 40°8.

Le 7, troisième jour.

Etat stationnaire. Malade toujours calme.

Température : matin 40°, soir 40°6. Pas d'albumine.

Le 8, quatrième jour.

Même état calme.

Température : matin 40°2, soir 40°9.

Pas d'albumine.

Malade calme toute la journée. Il a reçu plusieurs visites qui l'ont fatigué. Le soir, vers cinq heures, il commence à parler seul, à mi-voix d'abord, puis tout haut, parle de son travail, roule sa charrette interpelle ses camarades, et va vers la fenêtre comme pour chasser quelque importun. A continué de délirer ainsi jusqu'au matin.

Température : matin 40°3, soir 40°6.

Le 10, sixième jour.

Malade très agité le matin. Il se lève et à l'infimier qui veut le retenir, il fait des menaces : « Si j'avais un couteau, je t'ouvrirais le ventre ! »

On l'attache dans son lit. 1 gramme de chloral en potion.

La journée se passe de cette façon. Le malade paraît plus calme tout en délirant toujours. Son délire peut être interrompue. Qu'on l'interroge, il répond avec lucidité, sans embarras, puis revient sans transition à ses idées délirantes.

Le soir, 2 grammes de chloral.

Nuit plus calme. Le malade so contente de parler seul, à mi-voix, sans se lever, sans trop d'agitation.

Quelques traces d'albumine.

Température : Matin 39°7, soir 39°6.

Le 11, septième jour.

Le matin à la visite, nous trouvons le malade absolument calme, le délire a complètement cessé, il n'en reste plus aucune trace. Un peu d'abattement et de lassitude, et c'est tout : le malade est en pleine possession de ses facultés.

Mais la défervescence s'est opérée pendant la nuit ; le thermomètre marque 37°2.

Le malade a copieusement uriné, la pneumonie est en résolution.

A peine quelques traces d'albumine.

Température : Matin 37°2, soir 38°.

Journée calme.

Le 12, même état. La résolution continue.

Température : Matin 37°3, soir 38°. Pas d'albumine.

Le 13. — Température : Matin 37°6, soir 37°8.

Le malade continue d'avoir toute sa lucidité, ne se souvient pas de son délire et plaisante lui-même sur cet état dont il n'a pas eu conscience.

L'amélioration continue les jours suivants, le malade s'alimente un peu et semble avoir hâte de reprendre son travail.

Sort guéri le 25.

Observation VII

(Raymond, *Semaine médicale*, 1893, p. 175)

C..., âgé de 20 ans, garçon de salle, est entré à l'hôpital Lariboisière, le 9 janvier 1893. Quelques jours auparavant, à la suite d'un refroidissement, il avait été pris de fièvre, de frisson, d'un malaise général accompagné d'un de côté très douloureux. Il avait gardé le lit : puis son état ne s'améliorant pas, il s'était décidé à entrer à l'hôpital. Dès son arrivée nous pûmes constater tous les signes d'une pneumonie siégeant au tiers inférieur du poumon gauche.

La matité était complète à ce niveau, et à l'auscultation on percevait un léger trouble tubaire, des râles crépitants de retour et de la bronchophonie. L'expectoration était peu abondante, la fièvre et la dyspnée très peu accusées : la température du matin était de 37°3, celle du soir 37°9. Il n'y avait pas d'albumine dans les urines.

Nous étions donc en présence d'une pneumonie classique en pleine défervescence, et rien ne pouvait faire présager une complication quelconque, quand le 10 janvier la température s'élève à 38°2 le matin, 38°5 le soir, et des troubles psychiques se manifestent : dans la journée, C... se montre excité ; il se plaint du service, il récrimine sur la façon dont il est traité. Le soir, le délire augmente et s'accompagne d'hallucinations.

Le malade crie, se débat, passe la nuit dans l'insomnie et dans l'agitation ; profitant de l'éloignement d'un infirmier il ouvre une fenêtre et cherche à se jeter au dehors. On est obligé de lui mettre la camisole.

Le lendemain, 11 janvier, fait important que je signale à votre attention, la température s'élève (matin 38°6 ; soir, 39°). Ici se place l'épisode le plus significatif du délire présenté par le malade ; je vous demande la permission d'y insister et de vous exposer dans leurs détails les troubles psychiques notés chez C...

Ce qui frappait chez lui, c'était la multiplicité et l'activité des troubles sensoriels auxquels il était en proie. Des hallucinations de l'ouïe, de la vue, du goût, des troubles de la sensibilité générale se manifestent sans cesse, affectant la plupart un caractère pénible. Bientôt, par leur intensité et leur mobilité, ces désordres sensoriels amenèrent un trouble de plus en plus profond de la conscience. Au début, par instant, la lucidité revenait, mais toute appréciation exacte des choses, toute notion du milieu environnant ne tardèrent pas à disparaître, la conscience étant comme submergée par les troubles hallucinatoires qui l'assaillaient. Enfin, ces hallucinations déterminèrent des réactions maniaques et mélancoliques ; mais, c'est là un point sur lequel nous croyons devoir insister, ces manifestations ne furent que des phénomènes secondaires.

Observation VIII

(Morgagni, *in* thèse Coronado, Paris 1895)

« Un cardeur de chanvre, sujet par son métier aux inflammations de poitrine (il en avait eu six ou sept dont une avec délire), fut atteint encore une fois de cette maladie. Le cinquième jour, frénésie, tantôt gaie, tantôt sérieux, tantôt furieux ; puis, il est pris de quelques mouvements convulsifs et meurt à la fin du septième jour. »

CONCLUSIONS

a) On peut observer au cours de la pneumonie un délire directement lié à la crise.

b) Il est hallucinatoire, vivant, confus, c'est en somme un délire onirique ou de rêve.

c) Habituellement transitoire, apparaît du 5e au 9e jour de la pneumonie. Tantôt il précède, tantôt il suit les autres éléments de la crise (défervescence thermique, crise urinaire, résolution de l'exsudat. Mais tous ces phénomènes,s'ils ne sont pas exactement synchrones, se suivent toujours de très près.

d) Dans les cas difficiles la portion lombaire permettra de le distinguer d'une méningite pneumococcique.

e) Au point de vue pathologique, ce délire semble dû à l'intoxication de l'encéphale par les toxines pneumococciques, mais il se manifeste au moment de la crise parce que dans cette réaction de tout l'organisme contre la maladie, le système nerveux, préalablement affaibli, montre ainsi son insuffisance au cours de l'effort décisif.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 22 juillet 1907.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 22 juillet 1907.
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

Ballet. — Psychoses et affections nerveuses.

Becquet. — Du délire de l'inanition (Archives de Médecine, 1866).

Beigbeder. — Délire de l'érysipèle (Thèse Paris, 1898).

Charpy. — Les délires aigus (Thèse de Paris, 1873).

Coronado. — Le délire de la pneumonie (Thèse de Paris, 1895).

Barillier. — Le délire de la pneumonie (Thèse de Paris, 1856).

Florant. — La folie brightique (Thèse de Paris, 1856).

Grisolle. — Traité de la pneumonie.

Grasset et Vires. — Délire transitoire de la crise dans la pneumonie (Montpellier Médical, 1895).

Griesinger. — Traité des maladies infectieuses.

Klippel. — Art. délire in Manuel de Médecine.

Luys. — Traité clinique et pratique des maladie mentales.

Fournier. — Nouveau Dictionnaire, art. Alcoolisme.

Flourens. — Recherches expérimentales sur les fonctions du système nerveux, 1866).

Fall et Ritti. — Dictionnaire des sciences médicales. Art. Délire.

Marcé. — Traité pratique des maladies méntales, 1862.

Mairet. — Folie de la convalescence de la pneumonie (Montpellier Médical, 1887).

Hallopeau. — Pathologie générale.

Roger. — Etude clinique de l'érysipèle (Revue de Médecine, 1895 et 1896).

Raymond. — Maladies du système nerveux. Art. Psychose et pneumonie. Semaine médicale, 1893).

Laveran et Teissier. — Le pneumocoque (Arch. de médecine expérimentale, 1890).

Thore. — Étude sur les maladies incidentes des aliénés.

Régis. — Du délire de la convalescence (Ann. méd.-psych., 1883).

Zubler. — Localisations pneumococciques (Thèse Paris, 1898).

Fontaine. — Les délires de la pneumonie (Thèse Paris, 1898).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque!